



2040年の多元的社会に向けて変わる 地域包括ケアシステムと医療福祉経営

～「2018年度地域包括ケア研究会報告書」を正しく読み解き、

急がれる医療・介護・福祉の新たな経営戦略を探る～

我が国の医療福祉政策に多大な影響を与え、牽引してきた地域包括ケア研究会が、来たるべき2040年の多元的社会をズバリ展望し、これからの国の政策の在り方、自治体の役割、保健・医療・介護・福祉サービスや事業に関する提言をまとめた、2018年度地域包括ケア研究会報告書を公表した。テーマは、「2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム」―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―で、大きく変わる社会の変化を的確に分析し、国、自治体、事業者の対応の在り方について、示唆にとんだ提言となっている。

そこで、「Visionと戦略」10月号特集では、8月24日(土)に地域包括ケア研究会座長の田中滋氏をはじめ、研究会メンバーや我が国を代表する講師陣を招き開催した「2040年ビジョンと地域包括ケアシンポジウム」の内容を取りまとめたので報告する。

- | | | |
|---------------|--|---|
| Part 1 | 地域包括ケアシステムの主眼は
多様な人々を包み込む社会的包摂 | 『Visionと戦略』編集部
アイリス株式会社 代表取締役・医師
国立研究開発法人産業技術総合研究所 AI 技術コンソーシアム 運営委員
沖山 翔 氏 |
| Part 2 | AI活用で求められる医療観は
「幸せに生きることを手伝う」 | 地域包括ケア研究会 座長・公立大学法人埼玉県立大学 理事長
慶應義塾大学 名誉教授・社会保障審議会介護給付費分科会 会長
田中 滋 氏 |
| Part 3 | 2040年ビジョンと
多元的社会の地域包括ケアシステム | 社会福祉法人リガール暮らしの架け橋 理事長
地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表
山田 尋志 氏 |
| Part 4 | 地域包括ケアシステム構築に向け
医療介護現場で実践する施策 | 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社
社会政策部長・主席研究員
岩名 礼介 氏
一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
日本在宅ケアアライアンス 議長
新田 國夫 氏
社会福祉法人リガール暮らしの架け橋 理事長
地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表
山田 尋志 氏
一般社団法人日本医療法人協会 副会長／医療法人博仁会
社会福祉法人博友会 理事長
鈴木 邦彦 氏 |
| Part 5 | パネルディスカッション
医師会と行政は将来像を共有する
課題は次世代のかかりつけ医育成 | 座長
地域包括ケア研究会 座長・公立大学法人埼玉県立大学 理事長
慶應義塾大学 名誉教授・社会保障審議会介護給付費分科会 会長
田中 滋 氏
三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社
社会政策部長・主席研究員
岩名 礼介 氏
一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
日本在宅ケアアライアンス 議長
新田 國夫 氏
社会福祉法人リガール暮らしの架け橋 理事長
地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表
山田 尋志 氏
一般社団法人日本医療法人協会 副会長／医療法人博仁会
社会福祉法人博友会 理事長
鈴木 邦彦 氏 |



地域包括ケアシステムの主眼は 多様な人々を包み込む社会的包摂

2040年までの社会変化に
取り組むテーマを提案

地域包括ケアシステムへの対応を抜きに、医療介護経営は成り立たなくなった。これが極論でないことは、診療報酬と介護報酬の変遷を見れば明らかである。いまや必須の経営課題になったのだ。改めて地域包括ケアシステムの概念を確認しておきたい。

厚生労働省はホームページで次のように説明している。「2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援サービス提供体制」

地域包括ケアシステムの概念設計と普及の総本山とも呼ぶべき組織が、2008年に厚労省の補助金事業で発足

したのは地域包括ケア研究会である。研究会は2年ごとに報告書を作成し、今年3月に2018年度版報告書を発表した。全体テーマは「2040年…多元的社会における地域包括ケアシステム」「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会」である。

報告書の作成方針は「私たちは、目の前の現実社会が変化しているにも関わらず、考え方や発想が、前の時代のままで固定化されているような状態にしばしば陥る」という認識に立つて、「2040年の社会の姿を念頭に、これからおよそ20年の間に、私たちの社会が準備しなければならぬ取組を中長期的な視点から提案している」と巨視的である。

報告書は研究会事務局を務めた三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社、ホームページにアップされているが、記載の趣旨を要約す

ると、あらゆる人々が地域で共に生きる「地域共生社会」実現に向けて多様な人々を包み込む「社会的包摂」へのアプローチである。

地域包括ケア担当課は 首長直轄の配置が望ましい

全世代型社会保障の観点から、今後新たな焦点になる世代層は、中高年の引きこもり状態層と就職氷河期世代の一部である。地域包括ケア研究会座長の埼玉県立大学理事長・田中滋氏が指摘する地域包括ケアシステムの深化にともなう対象となる「複合的福祉ニーズを持つ人々」に該当し、「参加と協働」から疎外されている。

内閣府の調査によると、40〜64歳のひきこもり状態の人は全国に61・3万人。就職氷河期世代（2019年4月時点で大卒者37〜48歳、高卒者33〜44歳）は、総務省の

統計では2018年時点で168.9万人。15〜64歳人口に占める割合は22・4%で、35〜44歳のフリーターは52万人、非正規労働者は317万人。合わせて369万人（2018年時点、厚労省調査）。

引きこもり状態層、フリーター、非正規労働者を合計すると430・3万人である。その多くは公的年金を納付していないだろうから、2040年以降には、年金収入ゼロ世代^①が登場する可能性が高い。しかも貯蓄も乏しいはずで、生活保護費の受給者が激増しかねない。大量の貧困や孤立の発生が想定されるが、田中氏が「地域包括ケアシステムは経済的な問題を解決できない」と指摘するよう、就労支援とのドッキングが必要だ。

一方、地域包括ケアシステム構築を拡充するには、本義である街づくりのステージに本格的に進まなければならない。地域の公共サービス機能を担う郵便局、交番、交通機関、金融機関、コンビニエ

ンストアや、住まいを担う不動産会社や工務店など各資源のネットワーク化が必須要件である。

自治体では保健福祉部門からの派生部門として地域包括ケア担当部門が設置される例が多いが、首長直轄や総合企画部門に設置しないと、街づくりに直結しない。地域との連携を指向しつつも内向的な風土が色濃い「医療介護ムラ」の課題にとどまってしまう。医療介護を中心とした街づくりではなく、街づくりの中の医療介護という視点で取り組まないと、地域包括ケアシステムは浸透しない。

現に首長直轄に設置した自治体では、多部門を巻き込んで幅広く取り組んでいるという。同様に政府レベルでも、街づくりという本義を踏まえれば、今後は厚労省に加えて総務省も深く関与したほうが、地域包括ケアシステムは加速をつけて普及・浸透するのではないだろうか。

（文／編集部）

Aー活用で求められる医療観は「幸せに生きる」とを手伝ふ」

医療にAーが活用されれば、やがて全ての病気を根治できるようになる——という予見は、いわば人類共通の夢の実現でもある。だが、救命救急医で医療へのAー活用をリードする沖山翔氏は、たんに病気を治すだけでなく、医療の目的は何かを問いかける。



アイリス株式会社代表取締役・医師

沖山 翔 氏

と人工知能研究センター外来研究員を務めています。

■医療を変えるテクノロジーについて、アメリカのIT業界では日本

■沖山先生の簡単なプロフィールを教えてください。

沖山 2010年に東京大学医学部を卒業した後、日赤医療センターで救命救急医として働いてから、ドクターヘリ、船医、離島医療（石垣島、波照間島）に携わり、2017年にAI医療機器を研究開発するアイリス株式会社を設立しました。国立研究開発法人産業総合研究所で、人工知能技術コンソーシアム運営委員

の常識では想像もつかないような提言が出ていますね。

沖山 フェイスブック創業者のマーク・ザッカーバーグ氏は「21世紀の終わりまでに全ての病気を治療し、予防し、あらゆる病気に対応できるようにしたい」と述べ、ポケットマネーから3000億円を拠出して財団を設立しました。そして様々な感染症の根治を目標に掲げています。日本の厚生労働省などが

出す科研費は多くて十億円で、アメリカにおいても政府の補助金は同様の水準です。3000億円の資金があれば、けた違いの研究ができると思います。

ただ、世の中にはもっと過激な発言をする人もいます。シンギュラリティ（技術的特異点）を提唱したケール・レイ・カーツワイル氏は、さらに大胆な予見として「2030年、あるいは遅くとも2030年代の終わりまでには、人類は全ての病気を乗り越えられるだろう」と述べています。

この2人のインタビュー記事を読むと彼らの中ではロジックが通っているようで、それを聞くと2人の脳の中を

覗いてみたい思いに駆られます。おそらく「テクノロジーは世界を変える」という信仰心のようなものを持っているのではないのでしょうか。

■テクノロジーの進歩には、実用化に入った途端に想定をはるかに超えて加速する法則のようなものがあるのではないのでしょうか。Aー専門家の立場から見解を聞かせていただけますか。

沖山 1990年にアメリカは6000億円をかけて15カ年計画で全てのヒトゲノムを解説しようとしたのですが、研究期間の折り返し地点の1997年にゲノムの解説達成率は1%に過ぎませんでした。多くの関係者が計画中止を主張しましたが、カーツワイル氏は「1%終わったのなら、もう半分終わったに等しい」と語ったのです。彼はこう予測しました。

「科学の発展でDNAの解説はどんどんスピードアップするだろう。スピードは2倍になって、コストが2分の1になる。そうすると研究領域

としてDNAシーケンシングが盛り上がるので研究者の人数が2倍になり、2の3乗、8倍速で進められる」

その結果、1997年から3年で解説達成率が100%に達しました。技術には飛躍的に進歩する可能性があり、ブレイクスルーが起こると一気に花開く事例だと思います。

■Aーが本格的に実用化した背景は何でしょうか。

沖山 ネット化とクラウド化によって大量のデータが生産され、コンピュータの処理能力が15年ごとに2倍に拡大していること。さらに、私はいくらでも大きな要因だと思っているのですが、アルファ碁など一般の方にとってAーが身近になったことがあるのではないのでしょうか。

将来就きたい職業について、小学生に行ったアンケート調査では、AI研究者が上位にランクされています。研究が進めば国の予算が付き、さらに研究が進むという流れにAIも入ったのではないかと

2040年の多元的社会に向けて変わる 地域包括ケアシステムと医療福祉経営

と思います。

■AIがもたらす価値について教えてください。

沖山 AIが得意なこととして、「認識、予測、最適化」があります。認識とは、文章、音声、画像、動画の認識

で、リスニングの能力は人間を上回っています。次に、おすすめ商品や数値の予測は既に私たちの周りにあふれています。そして囲碁や自動運転

などは最適化のアルゴリズムを用いた種類のAIで、最善手を選んだり、距離や速度を最適化したりします。

医療分野の話に移りますと、「ディープラーニングの父」と言われるジェフリー・ヒントンは、2016年に

「放射線科医の育成は終わるべき。あと5年、長くとも10年でAIが上回るのは明白だからだ」と述べました。同じく2016年に、メイヨーク

クリニックの放射線科医であるブラッドリー・エリクソン氏は「あと5年で胸部と乳腺レ

ントゲン、10年でCT、MRI、エコーの読影レポートを

AIが作成できるようになるだろう」と述べています。

日本では医療分野へのAI活用について、領域ごとに想定されるタイムラインが厚生労働省より公表されています（別掲の表を参照）。

■テクノロジーの進歩はロボット技術を医療に導入しました。この領域の可能性はいかがでしょうか。

沖山 ロボティクス技術がもたらす価値には、自動化と運動・感覚能力の拡張があります。自動化は効率化と再現性向上をもたらし、

運動・感覚能力の拡張は、精度と自由度の高い動き、五感の能力増強などをもちます。

手術支援にも使用されている縦式ロボット「ダ・ヴィンチ」は ①3D内視鏡とズーム視による視力増強 ②関節可動域360度による関節機能増強 ③自動手ぶれ補正による神経機能増強 ④3本のアームを1人で操れるため手が3本に ⑤座って手術

できることによる体力増強

——などを備えた、外科医の能力増強デバイスと見ることでできます。

自走式ロボット「バクスター」は、初めに手を取って課題を教えると次から自走し、プログラミングが不要なので用途は多方面におよびます。価格は2万5000ドルなので、時給300円で365日稼働させれば、平均1年以内に投資を回収できます。製造業を中心に、バクスターを導入することでコスト構造が変化してきた経緯がありました。

ロボットのもたらす価値としては、人的リソースの代替、専門技術のコモディティ化（運動能力拡張）、事前情報量の増加（知覚能力拡張）が挙げられます。

■テクノロジーと医療との関係をどのような方向に発展させるべきなのでしょう。このテーマには医療観が大きく関わってきますね。

沖山 医療の目的は変化しています。従来の目的として「病気を治すこと・延命す

ること」がより重視されていた時代もありましたが、今では「症状の緩和」「不安の解消・納得感」なども、医療の目的になっています。「医療」と呼ばれるものは、時代ごとにその形を少しずつ変えながら、世の中と関わってきているのだと思います。

仮に「医学」はエビデンスを重視するサイエンスで、「医療」は解釈や納得感を重視するアートと言うならば、その目的はそれぞれ異なります。これまでの医療観は、診療や手術が手段で、病気を治すことが目的でした。今の、そしてこれから

の医療観を考えると、「病気を治す」とはあくまでも手段で、その目的は人を癒して人が幸せに生きられることを手伝えることではないでしょうか。テクノロジーの用途は、古い医療観の加速ではなく、新しい医療観の拡張に向かわなければならないと思います。そこでこそ医療が、単なるテクノロジーの研究対象に留まるのではなく、患者と医師両者が納得し、幸福になるような形に、進化を遂げられるのではないのでしょうか。

（文／編集部）

国内のタイムライン

	2017	2018	2019	2020	2021～
ゲノム医療	- がんゲノム情報の収集体制構築 - AIを活用した研究体制構築 - AI開発基盤の利活用の検討				
画像診断支援	学会を中心とした画像DB構築			- 医療機器メーカーへ教師付画像データ提供 - AIを活用した画像診断支援プログラム開発	
診療・治療支援	医師法、薬機法: AIの取扱明確化	- 収集データの標準規格策定 - 難病の情報基盤を構築	AI活用診断、治療支援の実用化（高頻度疾患）	AI活用診断、治療支援の実用化（低頻度疾患）	
医薬品開発	製薬企業とIT企業のマッチング（製薬企業がニーズ提案、IT企業のリソースを活用）			- 医薬品開発に応用可能なAIを開発 - AIを用いた効率的な医薬品開発を実現	
介護・認知症	現場主導のAI開発を推進（生活データの収集、生活アシスト機器等の設計）			試作機の開発	AIを活用した生活リズム事前予測システム等を開発、実用化
手術支援	手術関連データを相互に連結するためのインターフェース標準化を推進			手術データを統合収集、蓄積	- 麻酔科のAI支援実用化 - 自動手術支援ロボットの実用化

沖山翔氏が「保健医療分野における活用推進懇談会報告書」（厚生労働省）を基に作成

2040年ビジョン

多元的社会的な地域包括ケアシステム

地域包括ケア研究会の2018年度報告書のテーマは「2040年…多元的社會における地域包括ケアシステム」。地域包括ケアシステムの本義である街づくりの骨子が提示された。座長の田中滋氏が、深化した地域包括ケアシステムの現在地を解説する。



地域包括ケア研究会 座長
公立大学法人埼玉県立大学 理事長
田中 滋 氏

2025年は高齢者が激増する年ではなく、激増が止まる年です。この年齢層の人口推移は地域包括ケア研究会が始まる最初のきっかけになりました。

2025年は高齢者が激増する年ではなく、激増が止まる年です。この年齢層の人口推移は地域包括ケア研究会が始まる最初のきっかけになりました。

2025年は高齢者が激増する年ではなく、激増が止まる年です。この年齢層の人口推移は地域包括ケア研究会が始まる最初のきっかけになりました。

2025年は高齢者が激増する年ではなく、激増が止まる年です。この年齢層の人口推移は地域包括ケア研究会が始まる最初のきっかけになりました。

■地域包括ケアシステムの背景となった社会情勢の変化について教えていただけますか。

田中 まず65歳～74歳人口の推移を見てみます。前回、東京オリンピックが開かれた1964年には400万人、この年以降急速に増え始め、今がピークで約1800万人です。75歳～84歳人口は1964年には160万人、1980年頃から増え始めて、今は1200万人を超えました。ピークは2025年です。

65歳～74歳人口推移と75歳～84歳人口推移を指数化すると、1965年を「1」と設定して、どのぐらい伸びたのでしょうか。65歳～74歳人口は今がピークで1965年の4倍、75歳～84歳人口は2025年がピークで9倍に伸びます。日本の高齢化がもたらす主要課題が、医療問題ではなく介護問題、さらには地域包括ケアシステム構築に変わってきた理由は、この年

■地域包括ケア研究会の活動成果を振り返ると、どのようにテーマが変遷してきたのでしょうか。

田中 介護保険制度発足後の2003年に開かれた高齢者の介護研究会は、これからの介護の社会的ニーズは各サービスの統合と認知症対応にあると指摘しました。2008年に発足した地域包括ケア研究会の最初の時間的視野は、「要介護高齢者に対する医療介護の切れ目のない連携を2025年までに構築する」でした。次の段階では、関係者が理念・目標・プランをとにもする規範的統合を打ち出しました。このように、2008年から今年に至る11年間で、地域包括ケアシステム

概念は深化を遂げてきました。最初は「たとえ重度要介護になっても尊厳ある自立生活を支援する」「尊厳ある看取りができる」などに主眼が置かれていましたが、中重度要介護高齢者だけでなく、軽度要介護者や要支援者も大切です。そうした方々を社会的弱者として扱うのではなく、社会に参加し、役割と責任を持って生きがいのある生活を送れる仕組みを重視しました。軽度者では1週間のうち介護サービスを受けている時間は一部にすぎず、大半は日常生活であり、家族・友人と話したり、テレビを見たリ、植木やペットの世話をしたリ、趣味を続けるなどの時間の方がはるかに多いからです。

■「地域包括ケアシステムは深化している」と説明されましたが、現在はどこまで深化したのでしょうか。

田中 地域包括ケアシステムの上位目標は、住み慣れた地域における生活を安心して継続できることです。その地域で望むなら最後まで暮らせる、コミュニティに参加できる、尊厳をもって人生を終えられる、などと表せます。なお、安心して暮らせる住民を高齢者に絞る必要はありません。対象には、幼児、小学生、障害者、その家族なども含まれます。前回の

2040年の多元的社会に向けて変わる 地域包括ケアシステムと医療福祉経営

地域包括ケア研究会報告書は、多世代共生へと視野を広げました。当然の方向です。

もうひとつ、人が生きろうえでは、孤立、虐待、ネグレクト、セルフネグレクト、貧困、自死希求等々も大きな問題ですが、これらの問題に医療介護職だけでは対応できません。社会的包摂が推進されようとしている時代にあつて、地域包括ケアシステムも活用しつつ、社会福祉専門職の力も活用し、生活困窮による引きこもりを防ぐ拠点を共用していく工夫は可能でしょう。

このように考え、「地域包括ケアシステムは街づくりのツール」というコンセプトに到達しました。地域包括ケアシステムを中核手段とする街づくりにあたっては、市区町村の役所が中心的な役割を担わなければなりません。2008年当時は考えられなかったことですが、地域包括ケア推進課といった名称の部署を設置する自治体が全国で増え、埼玉県などには地域包括ケア局長という役職が設けられています。加えて全ての地方厚生局に地

域包括ケア担当官が配置されるところまで進んできました。

■地域包括ケアシステムの新しい課題に浮上してきたことはありますか。

田中 85歳以上人口の増加です。85歳以上人口は1964年ごろにはほとんど目立ちませんでした。21世紀に入ってから急増し始めました。2035年には1000万人を超えます。先ほどの指数では、85歳以上人口は1965年に比べ、2040年にはじつに40倍に達します。史上空前の現象です。

85歳以上人口が爆発的に増える将来は、介護保険制度の創設前にはさほど意識されていませんでした。ゆえに日本社会にとつての新しい課題で、この年齢層を政策ターゲットにした固有の取り組みの開発が不可欠です。何より、超高齢者が急増すれば生活支援ニーズが増大します。死亡者数も継続的に増加しますが、非急性期型の疾病での死亡が増加するので、亡くなる前の適切な処遇が求められます。

さらに85歳を過ぎて配偶者

が亡くなると、生きる意欲が低下して自宅に閉じこもり、社会的孤立状態に陥る方も珍しくありません。食事への意欲も低くなれば、低栄養状態のリスクも高まります。社会的孤立はフレイルの始まりであり、要介護の始まりでもあります。

在宅医療のニーズも急速に増えるでしょう。同時に2025年を過ぎれば、65歳までのいわゆる生産年齢人口が著しく減少していくので、たんに地域包括ケアシステムを構築すればよいという状況ではなくなります。現在、在宅医療を担っておられる開業医も、年齢が75歳を超えると在宅訪問の数をこなすことが難しくなっても不思議ではありません。ですから、診療所のドクターだけではなく、地元の小病院の力も必要になります。

■介護サービスでは対応できない問題が増えてきますね。

田中 家事、通院支援、金融取引サポートなどの生活支援ニーズが急増します。自助ニーズを充たす地元ビジネスの工夫が求められますし、新たな互

助の開発も必要です。

介護保険創設時の高齢者の多くは、いわば思いがけず長生きした方が珍しくなかった。しかし2040年の高齢者は介護予防を知り、人生100年時代への準備に入る高齢者になります。65歳以上人口比率で定義する高齢化率は指標としての意味を持たなくなるでしょう。65歳は世話を必要とする対象ではなく、むしろ地域で活躍できる人材です。しかも交渉力や分析力など社会的スキルは40代よりもすぐれた人が多いかもしれません。地域デビューを手伝う仕掛けを設けるべきです。

■地域包括ケア研究会報告書は、高齢者を平均像で語れない時代になったことも指摘しています。個人と家族はどのような変化しているのでしょうか。

田中 75歳以上が2000万人、65歳以上が3800万人という規模で高齢者人口が増えると、平均的な高齢者像では語れなくなります。心身状態のリスク、SNS等の活用を含む人間関係、経済状況などのい

ずれも人により著しい差が生じるでしょう。高齢者の経済力格差は若年層よりも大きい。これらは、いくら地域包括ケアシステムが定着しても解決できません。地域包括ケアシステムは経済問題解決ツールではないからです。ただし、閉じこもりがちになった人に地域との接点を作る場の設定を通じて、問題は経済力格差が生みかちな健康格差を縮める努力はできます。地元での生活が「楽しい」と思える街づくりによって要介護発生率、重度化率に差が出るかもしれません。

■行政・保険者に求められる役割は何でしょうか。

田中 行政・保険者の役割は制度運用機能と地域デザイン機能に分けられます。予防を重視した保険マネジメント、予防（参加・協働・貢献）を重視した地域マネジメント、さらに行政に属さない人材の活用が求められます。とはいえ、地域は住民の参加と協働こそが鍵となって新たな時代を切り開けると考えます。

(文／編集部)

地域包括ケアシステム構築に向け

医療介護現場で実践する施策

2018年度地域包括ケア報告書では、2040年の日本社会は高齢者も地域自治も平均像では語れず、多様性と格差の時代になると言及した。だが、すでに多様性と格差は顕著になっている。医療介護現場では、それぞれの地域特性に応じた実践が進んでいる。その一例を報告する。

2040年に向けて再整理と 行政・保険者の役割の再定義

三菱UFJリサーチ&

コンサルティング

社会政策部長・主席研究員

岩名 礼介氏



岩名 礼介氏

す。多様性と格差の時代になります。この社会イメージを踏まえ、地域包括ケア研究会は2018年度報告書で「参加と協働で多様な価値観を持つ住民を包摂する地域をつくる」と提言しました。

包摂的な社会への基本的なアプローチは、異なる地域生活上の課題や問題を抱えた人々が、それでも一つの地域の中で排除されることなく多様な人々を包み込んでいく過程である「社会的包摂」です。包摂的な社会は「社会が個人の意思決定に可能な限り寄り添える社会」とも言えます。多元的な社会を包摂していった先には「あらゆる人々が地域で共に生きる地域共生社会の実現」があります。具体的に地域での生活全

体を支えるためには、定期巡回・随時対応型サービス、小規模多機能、看護小規模

多機能型サービスといった包括報酬型在宅サービスが必要で、包括報酬型在宅

サービスのよって地域をデ

ザインするためには①サー

ビスのさらなる包括化②新

たな複合型サービスの開発

③生活支援と人とのつなが

りの組み込み④小規模多機

能型居宅介護の地域づくり

拠点化⑤安定的な経営を支

援する地域包括報酬の検討

などが求められます。

さらに保険者は「公募制」

「市町村協議制」「市町村独自

報酬」など包括報酬型在宅

サービスの普及を促進するた

めの諸施策を積極的に活用す

べきではないでしょうか。

一方、2018年度報告書は2040年に向けて再調整・再定義すべきものを整理しました。生活支援サービスの市町村事業化、医療ニーズがあっても在宅継続ができて体制、住まいの多様化とサービスのあり方、地域包括ケアに関わる専門職の育成、2040年のケアマネジメント。この5つです。

地域包括支援センターも含めた行政・保険者の役割の再定義も報告書で提言しました。「地域デザイン機能」がキーワードです。

まず現在の延長線上ではなく、2040年の社会のイメージをゴールとして時間をさかのぼりながら、それぞれの将来の具体的な指標を設定し、必要な取り組みを進める過程を「地域デザイン」と定義しました。地域デザイン機能は、地域におけるサービスの提供体制の構築や、専門職の連携、地域づくりなど、それぞれの地域の実情に応じて仕組みや取り組みをデザインする業務です。すなわち、地域包括ケアシステム構築を

企画業務として捉え、保険者は人員配置も含め地域デザイン機能により重点を置くべきで、逆にルーティン化された制度運用機能については広域化・外部化も検討すべきです。

地域包括支援センターの再定義は①全世代・全対象者対応型の地域包括支援センターへ②地域マネジメントに注力できる体制づくり③国において検討すべき制度面での縦割りからの脱却④行政・保険者に対する支援です。（談）

社会課題を抱える人つなぐ 地域交流室を院内に開設

一般社団法人

全国在宅療養支援診療所連絡会

会長 新田 國夫氏



新田 國夫氏

私が経営する新田クリニックの1日当たり外来患者数は80〜100名で、施設を含む

2040年の多元的社会に向けて変わる 地域包括ケアシステムと医療福祉経営

訪問診療対象は200名です。当院受診患者の特徴は「高齢者の割合が年々高くなっている」「独居・高齢者夫婦の増加」「認知症の増加」「抑うつ状態の患者の増加」です。85歳までは元気な高齢者が多く、85～95歳の患者に社会的孤立者が多いことも指摘できます。

社会的孤立の背景は、高齢や病気による機能低下、認知症、抑うつ状態（心因性うつ病）、職場の悩みなどです。社会的課題を抱える人を見つける機会には、外来受診時、訪問診療、地域包括支援センターからの依頼、家族による電話での依頼、病院の連携室からの紹介、ケアマネからの依頼、近所の方からの依頼です。

交流室に展示しています。第4金曜日には「オリーブの木」と呼ぶ昼食会を開いて、市民が得意料理を持ち寄って、外出機会の少ない方や独居者や認知症の方が参加しています。

さらに第一日曜日には「くちちゃん食堂」を開いています。子供と高齢者も参加し、民生委員・社協ボランティア・児童館・歯科医師会などの協力を得て、食事をしながら育児・高齢者問題や地域との関係づくりなどを話し合っています。今後はグリーフケアなどを予定しています。社会的参加する場所がどこにあるものでもなく出来る限り市民の努力でつくる事が出来る様に考えています。

地域包括ケアシステムは地域ぐるみで支え合う仕組みとも言えられ、自治体や地域ならではの特徴があります。私が策定に関わった国立市の地域包括ケアでは「4つの規範」を設けました。①安心して豊かな暮らしを続けることができる②地域社会に参加できる③認知症や重度要介護でも住み続けることができ

る④一人暮らしでも住み続けることができる。この4つの規範をもとに、市民が国立市に最後まで住み続けられる街づくりをめざすことを表明して、市民の思いを中心とした3つの基本理念を掲げた「国立市地域医療計画」を策定しました。

市に地域医療計画策定が必要になった背景には3点が挙げられます。第一に、都道府県での地域医療構想は圏域ごとの病床計画になっていて、市レベルでの計画でないこと。第二に、第6期介護保険事業計画から地域包括ケア計画に位置づけが変わり、在宅医療の量的整備、連携といった質の向上も計画策定の範ちゅうに入ってきたが、在宅医療・介護連携推進事業の展開にとどまっていたこと。第三に、在宅医療に関しては、これまでの経緯の中で日常療養・救急・入院と退院・看取りの4つの場面での検討が必要であると認識し、市としても検討していかなければならない状況にあったが、十分な検討に至っていないかったこと。

以上の背景を踏まえて、国立市は、医療や介護が必要になっても住み続けられる街をめざし、市民が望む地域医療を実現していかなければならず、市民が望む地域医療は市民とともに明確にしていくことが必要であると考えています。（談）

地域包括ケア構築に向けて サービス提供現場から提案

社会福祉法人

リガール暮らしの架け橋

理事長 山田 尋志氏



山田 尋志氏

地域包括ケアシステム構築に向けたサービス提供現場からの提案として、在宅介護サービスのあり方、施設のあり方、介護人材のあり方、介護事業者による連携の4点についてお話しします。

在宅介護サービスのあり方では、小規模多機能を中核に据える方向への転換が必要で

す。暮らし全体の視点、関係性の視点、地域資源の課題への視点に、中重度高齢者の在宅制限を延伸し、住み替えにも伴走します。予防・軽度者への有効性を高めるために、私は、地域包括支援センターを核とした多職種によるアセスメント、小規模多機能での地域生活アセスメントなどアセスメント機能の付与を提案しています。

サービスエリアの設定では、地域包括ケア圏域エリアよりも小さい。小規模多機能エリアがあります。大牟田市には小学校区に2カ所の小規模多機能が開設され、地域交流サロン併設が義務付けられました。小規模多機能エリアの設定によって、小規模多機能は地域包括支援センターのランチ機能を果たす拠点に位置付けられます。

小規模多機能には、地域とのつながりの中での在宅生活継続、地域住民との交流に適したデザイン、配置人材の多様化、介護離職を防ぐ決定打になる可能性などの優位性があります。

施設のあり方では、市街地で400～600坪の土地確保が困難なために市街化調整区域など土地周辺部に特養の整備が集中し、地域密着型特養の整備が進んでいません。

150～200坪の土地でも整備できる特養などの提案が必要ではないでしょうか。市街地に地域密着型特養などを中核とした新たな複合型サービス拠点の整備が必要です。

介護人材の課題では高度マネジメント人材の養成が急務で、「認定介護福祉士」資格の普及・拡充による、若者がめざす職域の確立が必要です。1980年前後からの看護師養成に学んで介護理論を構築して、大学院、国立大学、県立大学に介護学部を設置する等の施策が緊急の課題です。

介護事業者による連携では、圏域内におけるサービス連携の方法を示す必要があるのではないのでしょうか。組織連携では、2010年に複数の社会福祉法人グループ「リガール」が結成されました。社会福祉法人リガール暮らし

の架け橋がグループ運営の本部機能を担当し、共同でスーパーバイザーを確保して、新入職員の育成、組織の標準化、ケアの標準化、施設の地域展開に取り組んでいます。

わが町を安心して住みやすくするためには、ゴールイメージから今やらなければならぬことを考え、みずからの地域にふさわしい地域デザインが必要です。都市部では生活

圏域に地域密着型複合拠点を開設し、中山間地域では地域包括報酬を施行して、介護拠点にはどの地域でも住民の支え合いを実現させる役割が求められます。事業者・専門職の提案・実践と行政の施策の好循環のもとに、誇りを持つて人生の最後まで暮らせる社会をつくらなければなりません。

そのために、それぞれの地域が2040年を見据えたバックキャストイング過程を市町村ごとに共有することを提言します。良質な福祉・介護サービスは、地域で暮らす高齢者に伴走できる介護サービスの拠点と、地域生活の継

続をプロデュースできる人材の育成に取り組むことなしに実現は難しい。今は、地域包括ケアを真に実現するための大きな曲がり角に差しかかっているのではないのでしょうか。

(談)

行政と医師会が住民を支え 地域包括ケアを推進する

一般社団法人日本医療法人協会

副会長 鈴木 邦彦氏



鈴木 邦彦氏

地域共生社会は今後の日本社会全体が実現していこうとする目標であり、地域包括ケアシステムは地域共生社会を実現するための手段です。地域包括ケアシステムはまちづくりで、都市部では地域コミュニティの再生、地方では真の地方創生を担います。

2025年から2040年にかけての変化は、2025年が本格的超高齢化社会の入口です。以降、労働力人口の減少、中重度・看取りの増加が顕著になって、2040年に高齢者人口と死者数がピークに達します。

この背景にあつて、医療では高齢化と人口減によって高度急性期医療ニーズが減少し、地域に密着した医療ニーズが増加していきます。中小病院、有床診療所、日本型診療所の既存資源を活用し、施設も在宅も活用する新かかりつけ医による日本型医療システムの構築が必要です。日本医師会は平成28年度より「日医かかりつけ医機能研修制度」をスタートさせ、平成31年4月現在で応用研修受講者の延べ人数は2万9712名、修了者数は5967名です。

地域包括ケアシステムの推進体制は住民を行政と医師会（かかりつけ医）が支える必要があり、地域包括ケアシステム医療3点セットが、かかりつけ医、郡市区医師会、中小病院・有床診療所です。かかりつけ医は多職種連携のまとめ役になることが求められており、郡市区医師会は必ず

多職種連携会議を開催し、在宅医療連携拠点にはコーディネーターを配置して実働させて、総合事業・介護予防にも積極的に関与する必要があります。

そこで「地域包括ケアシステム推進協議会」の設立を提言します。厚生労働省、日本医師会、関係省庁・関係団体で「地域包括ケアシステム推進協議会」を、都道府県行政、都道府県医師会、都道府県職能団体、都道府県関係団体で「都道府県地域包括ケアシステム推進協議会」を、市区町村行政、郡市区医師会、郡市区職能団体、市区町村関係団体で「市区町村地域包括ケアシステム推進協議会」を運営するという仕組みです。

さらに今後は、地域包括ケアの深化と中小病院の「健院」への進化が考えられます。健院とは人生応援法人であり、まちづくりと国際交流にも取り組みます。

こうした構想を推進するには、社会保障費抑制に対応して中小病院は収益構造を多様化する必要があります。た

だ、収入源ごとに安定性と収益性を「○」「△」「×」で見ると、ソーシャルビジネスは安定性も収益性も△、本体関連事業は安定性△・収益性△△、保健・予防・検診・補助金は安定性△・収益性△△、診療報酬と介護報酬はともに安定性○・収益性△です。収益力の強化は厳しい状況にあります。

一方、社会保障とは異なる視点で医療を捉えたと、輸出産業化が構想できます。今後の我が国の輸出産業の担い手を見据えた場合、社会保障システム（医療保険、介護保険、地域包括ケアシステム）を中心に、医療機器、介護機器、医薬品を輸出産業に育てるシナリオが考えられるのではないのでしょうか。「システム＋物品」のセット輸出です。輸出産業に育てば「世界でいち早く達成した国民皆保険制度」「世界一の高齢化先進国ブランド」を活用したユニバーサル・ヘルス・カバレッジによる国際貢献につながります。（談）

（文／編集部）



座長

地域包括ケア研究会 座長・公立大学法人埼玉県立大学 理事長

慶應義塾大学 名誉教授・社会保障審議会介護給付費分科会 会長 田中 滋 氏

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 社会政策部長・首席研究員 岩名 礼介 氏

一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 会長・日本在宅ケアアライアンス 議長 新田 國夫 氏

社会福祉法人リガレ暮らしの架け橋 理事長・地域密着型総合ケアセンターきたおおじ 代表 山田 尋志 氏

一般社団法人日本医療法人協会 副会長／医療法人博仁会・社会福祉法人博友会 理事長 鈴木 邦彦 氏

パネルディスカッション

医師会と行政は将来像を共有する 課題は次世代のかかりつけ医育成

地域包括ケアシステムを構築するうえで、行政と事業者の関係はどうあるべきなのか。さらに開業医が高齢化する中で、在宅医療を担う医師の世代交代は進んでいるのか。喫緊の課題について、5人の専門家と会場内の医師たちが意見を交わした。

田中 場内からの質問を受けます。質問のルールは回答を希望される方を指名していただくことです。私を含め壇上の5人全員に答えていただく質問ではなく、特定の演者に答えていただく質問をお願いします。

参加者A 私は開業医です。地域包括ケアシステムを進めていく過程で介護保険事業の大規模化が提言されていますが、地域格差が大きい中で保険者機能のあり方はどう改善されるべきでしょうか。全国の自治体を廻っておられる岩名先生のご意見をお願いします。

岩名 明確な答えの出る問題ではないと思います。沖縄県では29の市町村が、福岡県では半分ぐらいの市町村が広域

連合に入っています。今、私は広域連合の構成市町村の支援にも関わっていますが、地域支援事業が始まってから、どの市町村も単位の違いにかなり戸惑っています。地域づくりは住民の目線で取り組むので、広域連合のサイズでは難しいという面があります。

一方、福岡県が典型ですが、市町村の数が多いので、在宅医療連携ではいくつかの市町村をまとめて郡市区医師会が対応していますが、それが保険者（広域連合）の支部のエリアに合致していない場合もあります。入退院支援なら医療圏単位での活動も考えられますし、看取りなどは小地域の単位でも活動できます。どの単位がよいのかという問題ではなく、入退院支援や看取りなど、それぞれの取り組みがめざしている目的や機能によって最適なサイズを考えざるをえません。長期的にどうなるかは分かりませんが、事業によって単位の違いがかなり意識されるようになってきています。改善すべきところは大きいと認識しています。

参加者A 地域で事業を進め

る時に予算や保険者機能によって、なかなか進まないという現状もあります。保険者が脚本をなかなか書けないために、現場が混乱することもあります。

参加者B 新田先生にお尋ね

します。この15〜20年にかけて、行政が地域連携を理解しない中で民間事業者として自由に取り組んできました。しかし、行政がある程度勉強して計画を立ててくるようになると、我々は立ち向かわなければならなくなります。2040年にかけて行政のマネジメントが変わらなければならぬ時代なのに、なかなか変わろうとしない中で、我々は行政にどう向き合えばよいのでしょうか。アドバイスをお願いします。

新田

私たちは地域に生きています。私が国立市医師会の会長だった当時、今の国立市長は市役所の課員でした。その後、部長になり、市長に就任されました。私たちと市は密着しているの、対立関係にはありません。

かつて医師会は行政と対立関係にありました。しかし対立関係では、地域包括ケアシステムを推進できません。国立市では行政がブレーンストーミングをして政策を決めています。市民が参加する介護保険運営協議会では、4つあった地域包括支援センターの無駄を省くために1つに集約しました。その中に社協をどう位置付けるかという議論も、行政はいっしょに議論しました。私自身は市の地域包括課の自称顧問だと思っています（笑）。

岩名 昔からの問題ですが、

役所の担当者とコミュニケーションをとって関係ができて、すぐに異動してしまします。答えの出る問題ではありませんが、大牟田市はどうして地域の事業者との協働ができるのか、ずっと気になっていました。毎年のように取材に訪問していて気づいたのは、市役所にいる1人のカリスマに頼っていないことです。人事異動の中でつねにコアになる人が2〜3人残って事業者に関わっていますし、意識を

共有するプロセスとして、地域の専門職の長期研修をすごく大事にしています。大牟田市と事業者との連絡協議会が、介護保険制度が始まる前から運営されているのも、そうした姿勢からだと思っています。

私が自治体の方に申し上げているのは、地域の専門職と住民に味方をたくさんつくることです。役所の中に味方をたくさんつくっても、地域に味方がいなければ事業が進みません。それから保健福祉部門には企画部門や観光担当部門から異動してくる職員もいますが、そういう職員の中には「医療介護は専門職の世界なので、自分たちが余計な発言をしてはいけないのだ」と萎縮してしまう職員もいます。しかし、そういう職員が非常にオープンな思考回路を持っていることも多く、とくに地域づくりは分野を超えた取り組みなので、アイデアマンとして活躍することも多いのです。異動して萎縮している姿勢をほぐしてあげることも私の仕事だと思って、いつも意識して伝えています。個別の

市町村ごとに地域との関係づくりを考える必要があると思います。

参加者B 2040年に向

かって何をやるかではなく、2040年から現在までさかのぼって何をやるべきかという中で、私は新田先生のように市長を誕生させたわけではありませんが、行政とは仲良くしているつもりです。2040年を見据えた世界を行政と共有したいと思って、総務省から出向している副市長と3人の部長と「2040年のわが市はどうなっているのか」について共有するために、定期的にディスカッションをやることを予定しています。

行政が担う部分適正を一

生懸命やりすぎると全体適正に大きく影響するので、まずは2040年に向けての全体適正のアウトラインを行政といっしょに決めたいと考えています。このプランがあるので、質問をさせていただきました。

新田 地域包括ケアシステム

の推進では、有能な研究者に参画していただくことも大切でしょうね。行政と関連団体

だけの議論では限界があります。2040年までを考えられる研究者の取り組みに行政を入れ込むことも、我々の仕事ではないかと思っています。

田中 それは県立大学の役割

ですね。

参加者C 私は20年前から日

本と英国で貧困などの社会的要因がどれだけ健康格差に影響するかを調査してきて、その結果が自立支援法策定の基礎資料に活用されたこともあります。子供の頃からのリスクの連鎖を調べてみると、例えば要介護になるリスクや生活習慣病になるリスクには、幼児期からのリスクがかなり響いています。

こうした調査結果と現代の医療データを組み合わせたシステムの開発を大学といっしょに進める計画です。地域包括ケアシステムの中で幼児期からのリスクをどのように捉えているのか。田中先生、ご意見がありましたらお願いします。

田中 地域包括ケア研究会

は、主に高齢者の一次予防・二次予防・三次予防に関する

2040年の多元的社会に向けて変わる 地域包括ケアシステムと医療福祉経営



鈴木 邦彦氏



山田 尋志氏



新田 國夫氏



岩名 礼介氏



田中 滋氏

データは視野に入れました。幼児期からのデータは取り上げていませんが、個人的には大事だと思っています。自治体によっては幼児期から長期的に生活を支援している例もあり、上手くいっています。

また「こども食堂」が全国各地で広がっています。こども食堂はアメリカでは食事に困っている子供たちに料理を持ち寄って支援する目的から始まりましたが、日本のことも食堂は、野菜から先に食べようとか、食後に歯を磨こうとか、食後にお皿を下げようとか、生活習慣を身に付けさせる役割も果たしています。

参加者C 幼児期から積み重ねて身に付けるセルフマネジメントシステムを地域包括ケアシステムに組み込めば、高齢者のケアに活かせるのではないのでしょうか。地域包括ケアシステムの対象は高齢者が中心だと思いますが、幼児期から高齢期に至る全世代を対象にする地域包括ケアシステムをめざしていただければよいのではないかと思います。

田中 ありがとうございます。

す。他に質問はありますか。

参加者D 鈴木先生にお尋ねします。日本医師会が主宰しているかかりつけ医機能研修制度を多くの医師が受講しているという報告されましたが、私の地域では高齢の医師の参加が多く、若い医師の参加が少ないのです。地域医療を担う医師が高齢化していく中で、若い医師がなかなか参入してこないという現状があります。2040年に向けて地域医療を担う医師を確保できるのか。専門医療だけをやってきて地域医療の教育を受けず、地域医療への関心も低い若手医師が非常に多いという印象を受けます。この問題について、ご意見をお願いします。

鈴木 近年、専門医療で開業する医師が多くなり、かかりつけ医機能が低下してきています。わが国では専門医がかなりつけ医になるので、ある一定以上の年齢の医師がかかりつけ医機能を中心とすることはやむをえません。日本医師会としては、2016年度から開始した日医かかりつけ医機能研修制度により、か

かりつけ医機能を充実・強化して、より若い医師にも参加していただき、何とか2040年を乗り切ろうと取り組んでいます。

参加者D 新田先生への質問です。在宅医療への特化と地域医療がなかなか結びつきません。本来の在宅医療はかかりつけ医が最期まで診る医療だと思えますが、少しいびつな状況になっています。今後どんな影響が出てくるのでしょうか。

新田 ご指摘の通りだと私も分析しています。そこで地域医療の類型化を考えています。ひとつは、患者さんが通院できなくなった時に、かかりつけ医と生活支援の方々が一体になるようなサービスで、もうひとつは専門医療を必要とするケースです。かかりつけ医と在宅医療を組み合わせた活動を進めてみて、かかりつけ医を基本とするという体制にしたいと考えています。在宅の先生たちが少ない中で誰がカバーするのかと言え、40代の専門医たちでしょうが、それはやむをえな

いと思います。

将来どうなるかは別の話で、在宅医療を次の世代に引き継ぐ体制をつくり上げていくところです。今は過渡期であると思っています。

参加者B 関連してお尋ねします。かつて新田先生は専門医でしたよね？私はかつて小児外科医でした。だから個人の生活を支える医療は、誰でもできるとは限らないという気がします。それに適した、かかりつけ医師にある程度限定されるのではないのでしょうか。いかがでしょうか。

新田 私は「在宅専門集団」という表現を使っています。「在宅専門医集団」ではないと思っています。地域の先生たちは生活を見て、かかりつけ医のような役割を担ってききました。私たちはその歴史を受け継いで、鈴木先生たちが育成された、かかりつけ医を加えて新しい文化をつくっていかねばならないと思います。

田中 本日はありがとうございます。